

ARTÍCULO ORIGINAL

Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México

Lucero Aída Juárez-Herrera y Cairo, P Neonat, D en C Soc,^(1,2)
 María del Carmen Castro-Vásquez, D en C Pol y Soc,⁽¹⁾ María Teresa Ruiz-Cantero, D en M.^(3,4)

Juárez-Herrera y Cairo LA,
 Castro-Vásquez MC, Ruiz-Cantero MT.
 Análisis con perspectiva de género
 sobre percepción y prácticas en enfermedad
 coronaria en mujeres en el norte de México.
 Salud Publica Mex 2016;58:428-436.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.8023>

Resumen

Objetivo. Analizar la percepción de riesgo coronario y prácticas de cuidados de un grupo de mujeres mexicanas, desde una perspectiva de género. **Material y métodos.** Estudio realizado de septiembre de 2013 a diciembre de 2014 en el estado de Sonora, México. Diseño mixto: encuesta a 140 mujeres. Análisis: contraste de proporciones; nueve entrevistas en profundidad a mujeres con enfermedad coronaria; ocho entrevistas semiestructuradas a médicos. Aplicación de técnicas de la teoría fundamentada. **Resultados.** Más de 50% desconoce su riesgo y cómo reducirlo. Mujeres informadas vulnerables con dolor de pecho buscan menos atención médica que las no vulnerables ($p=0.01$) y son responsabilizadas por parte del personal médico sobre su enfermedad. Las mujeres consideran que están desinformadas sobre cómo reducir el riesgo de enfermedad coronaria; sin embargo, se culpabilizan por enfermar. **Conclusiones.** Las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres modulan una baja percepción de riesgo coronario y mínimas prácticas de cuidados.

Palabras clave: enfermedad coronaria; sesgo de género; conocimientos, actitudes y prácticas en salud

Juárez-Herrera y Cairo LA,
 Castro-Vásquez MC, Ruiz-Cantero MT.
 A gender perspective analysis of perception
 and practices in coronary disease in women
 from northern México.
 Salud Publica Mex 2016;58:428-436.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i4.8023>

Abstract

Objective. To analyze the perception of coronary risk and health care practices in a group of Mexican women, from a gendered perspective. **Materials and methods.** Mixed methods: survey of 140 women; nine in-depth interviews to women with coronary disease; eight semi-structured interviews to physicians. Analysis: proportions contrast for quantitative data; and procedures of grounded theory for qualitative information. **Results.** More than 50% of women don't know their coronary risk and how to reduce it. Despite having information about heart disease, vulnerable women with chest pain sought medical attendance less than non-vulnerable women ($p=0.01$); and are blamed by physicians. Women consider they lack sufficient information about how to reduce the risk of coronary disease, and blame themselves when ill. **Conclusions.** There are vulnerability conditions in women that modulate a low perception of their being at risk, and the scarcity of health care practices.

Key words: coronary disease; gender bias; health knowledge; attitudes and practice

- (1) Centro de Estudios en Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora. Sonora, México.
- (2) Equipo de Investigación Salud Pública Universidad de Alicante. España.
- (3) Catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante. España.
- (4) Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública. España.

Fecha de recibido: 31 de agosto de 2015 • **Fecha de aceptado:** 25 de abril de 2016
 Autor de correspondencia: Lucero Juárez. El Colegio de Sonora. Obregón 54, col. Centro. 83000 Hermosillo, Sonora.
 Correo electrónico: juarezluce@gmail.com

La enfermedad coronaria (EC) es un problema de salud pública en México y en el mundo. La cardiopatía isquémica aguda incide en la sobremortalidad de los hombres de entre 30 y 50 años; en el caso de las mujeres, esto ocurre después de la menopausia y es la primera causa de muerte (19.8%) en esta población. Este padecimiento tiene un patrón epidemiológico atribuido al incremento de la esperanza de vida y a cambios en los estilos de vida asociados con la modernidad.¹⁻³

En los años noventa se reportó que los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en EC en mujeres eran menores que en hombres, por lo tanto la enfermedad era más letal en ellas.^{4,5} Se han documentado diferencias biológicas entre ambos sexos,⁶ desigualdades de género, baja presencia de mujeres en las investigaciones y subregistro de sus primeros síntomas coronarios.⁷⁻¹⁰

La investigación inicial estudió las características biológicas y culturales de los hombres al verse principalmente afectados por la EC y estableció protocolos de manejo y programas de prevención. Así, la EC es identificada en el imaginario social como una enfermedad masculina.¹¹

Se han evidenciado sesgos de género en la prevención y atención de la EC, modos diferenciales de percepción de riesgo coronario y diversidad de experiencias ante la enfermedad.⁷⁻¹¹ Al hacerse visibles los determinantes del incremento de la vulnerabilidad coronaria de las mujeres, que comprenden tanto diferencias biológicas (sexo) como desigualdades de género,¹² se identifican áreas de oportunidad en la búsqueda de innovaciones de género considerados “nuevos conocimientos y tecnologías que buscan resolver inequidades en salud”.¹³ En Argentina se documentó que los sesgos de género invisibilizan la “complejidad biopsicosocial de la enfermedad” y demuestran que las mujeres necesitan información con sensibilidad de género para aumentar la percepción del riesgo coronario y abatir la demora en la búsqueda de atención.⁷

La concepción de riesgo tiene un amplio anclaje sociocultural y de género que se sustenta en creencias, experiencias e información científica y legal.¹⁴ Particularmente las mujeres viven en condiciones que aumentan su vulnerabilidad coronaria, entendida como la potencialidad de enfermar por condiciones sociales e individuales que estructuran las formas en que perciben el riesgo y viven la enfermedad y sus prácticas de cuidados.^{15,16}

Se asume la perspectiva de género como la mirada que identifica elementos que perpetúan desigualdades en salud entre hombres y mujeres, agravadas al combinarse con otras desigualdades y condiciones específicas de vulnerabilidad.¹⁷ El género es una “categoría de análisis

de fenómenos y procesos sociales más amplios” y no sólo acotada a las diferencias entre hombres y mujeres.¹⁸

El objetivo de este estudio es analizar, desde la perspectiva de género, la percepción del riesgo coronario y las prácticas de cuidados de un grupo de mujeres mexicanas, desde su propia experiencia y la del personal médico que las atiende.

Material y métodos

Diseño mixto con componente cualitativo predominante. Se identificó el tema a partir de un estudio exploratorio observacional transversal: encuesta a mujeres mayores de 18 años, considerando que a esa edad incrementa el contacto con servicios médicos. Posteriormente se realizaron nueve entrevistas en profundidad a mujeres con EC y ocho entrevistas semiestructuradas a personal médico. El proyecto, realizado de septiembre de 2013 a diciembre de 2014 en el estado de Sonora, México, fue aprobado por el comité de ética de El Colegio de Sonora.

Encuesta: el tamaño de muestra se determinó respecto a una población finita y conocida (95% de confiabilidad y margen de error de 5%) para garantizar al menos 10% de mujeres que no perciben riesgo coronario, que se estimó en 140 mujeres,¹⁹ diversificada por edad, escolaridad y modalidad de protección sanitaria.

Se llevó a cabo en un centro de salud urbano (n=32), en un hospital general de la Secretaría de Salud (n=30), en una clínica urbana del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON) (n=36) y en dos instituciones educativas, de universidad y de posgrado (n=42).

El cuestionario contenía las variables siguientes:

1. Información sobre cómo reducir el riesgo de padecer EC y su propio riesgo coronario.
2. Percepción: principal problema de salud y causa de muerte de mujeres; sexo que se acostumbra relacionar con la EC y autopercepción del riesgo de padecerla. Experimentación de dolor de pecho y situación a la que se atribuyó.
3. Vulnerabilidad: percepción de las participantes sobre la relación entre infarto cardiaco y estrés; nivel de estrés y sus causas en la vida de las mujeres.
4. Prácticas de cuidados: actividades para mejorar la salud en el último año y búsqueda de atención médica ante un dolor de pecho.

Al tomar en cuenta que, además de las diferencias biológicas, se ha reportado que hay determinantes sociales y culturales de vulnerabilidad que se agregan al género, como edad, clase social, escolaridad, acceso di-

ferenciado a servicios médicos y economía formal,^{7,16,20,21} se reagrupó a las mujeres en:

Vulnerables: encuestadas en la Secretaría de Salud (SSa) por acudir a servicios médicos dirigidos a población en vulnerabilidad; por tener menor escolaridad (13% con licenciatura terminada o en curso); vivir en colonias populares; no tener, en su mayoría, trabajos remunerados; y jóvenes universitarias, por tener menos contacto con los servicios de salud, menos información sobre cómo prevenir la EC (75% no informadas), y porque son vulnerables sólo por ser jóvenes al menos en tres dimensiones: vital (posición en el ciclo de vida), institucional (relación de poder asimétrica con el mundo adulto), y en su inserción socioeconómica (educativa y laboral).

No vulnerables: encuestadas en ISSSTESON por tener acceso a la seguridad social y al trabajo remunerado (propio o por su pareja), con mayor escolaridad (55.5% con licenciatura) y que viven en colonias de clase media; encuestadas en institución educativa de posgrado, con las mismas características y con niveles altos de escolaridad.

Estudio descriptivo (frecuencias, porcentajes y medias) de las variables mencionadas. Para detectar la relación entre dichas variables se usó el test de ji cuadrada, y para identificar diferencias entre los porcentajes de las categorías de variables, el test de diferencias de proporciones. Mediante la razón de momios e IC95% se estimó la probabilidad de percepción del estrés y sus causas; prácticas de cuidados de mujeres con y sin información sobre riesgo coronario; no identificar las causas de estrés en mujeres (factores psicosociales de riesgo); y no realizar prácticas de cuidados de mujeres vulnerables y no vulnerables. Los análisis se realizaron con Epidat versión 3.1.

Para profundizar en percepción de riesgo y prácticas de cuidado, se realizaron entrevistas en profundidad a nueve mujeres con diagnóstico de EC, de 30 a 85 años, contactadas con la técnica bola de nieve. Las primeras se conocieron a través de la encuesta, otras en grupo de autoayuda para hipertensión y diabetes, y en salas de espera de consulta externa; éstas fueron entrevistadas en sus domicilios. El número de entrevistas se decidió con base en el proceso continuo de análisis de los datos hasta saturar el tema.²² La guía de entrevista centró temas nodales del problema y los principales identificados en la encuesta.

Se utilizaron técnicas de análisis de la teoría fundamentada:²³ identificar núcleos de significados, construir códigos y comparar las expresiones de las entrevistadas para generar ejes de análisis principales. Dos ejes se relacionan con datos de la encuesta:

1. "Por no tener conocimientos" (información sobre EC)
2. "Ahí despuesito, al cabo y qué" (búsqueda tardía de atención médica)

Se entrevistó a cuatro médicos generales (dos de cada sexo), y a dos cardiólogas y dos cardiólogos. El número de entrevistas consideró al personal de primer y segundo nivel de atención que tuviera disposición para participar; así surgieron dos ejes de análisis relacionados con la información previa:

1. Información que considera que las mujeres tienen acerca de la EC
2. La mirada médica sobre la demora en la búsqueda de atención de las mujeres

La participación fue voluntaria, confidencial y anónima; se utilizaron seudónimos y se tenía la opción de finalizar en cualquier momento. En la primera sesión se entregó una copia del consentimiento informado y se audiógrabó con autorización de cada entrevistado.

Resultados

De las encuestadas, 2.9% señaló la EC como principal problema de salud de las mujeres; se identificó primero al cáncer de mama (33.6%), seguido del estrés (18.6%). Se señaló con más frecuencia a hombres (40.7%) que a mujeres (22.9%) con afección coronaria. El 58.6% desconoce cuál es su propio riesgo coronario y 51.4% no tiene información sobre cómo reducirlo, pero 74% sí se percibe en riesgo de padecer EC. El 50% identifica al cáncer de mama como principal causa de muerte y sólo 11.4% a la EC.

Las mujeres vulnerables seleccionaron más al cáncer de mama como principal causa de muerte ($p=0.03$) y menos a la EC ($p=0.01$) que las no vulnerables (cuadro I). De las que tuvieron dolor de pecho, 64.3% pensó que era por nervios o ansiedad, 19% por infarto, y 16.7% no le dio importancia.

De las encuestadas, 80.7% relaciona el estrés con el infarto, y 84.3% considera que el estrés en la vida de las mujeres es alto. El 48.6% seleccionaron los seis factores psicosociales del cuadro II como causas de estrés. Las mujeres vulnerables no supieron manifestar las causas de estrés tanto como las no vulnerables ($p=0.002$) (cuadro II).

Las mujeres vulnerables acuden menos a consulta médica ($p=0.002$), checan con menor frecuencia su presión sanguínea ($p=0.02$) y hacen menos cambios en su alimentación ($p=0.001$) que las no vulnerables (cuadro III).

Cuadro I
CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE EN MUJERES, DE ACUERDO CON LAS PROPIAS MUJERES.
HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2013-DICIEMBRE DE 2014

<i>Causa principal de muerte en mujeres</i>	<i>Mujeres vulnerables n=92 (%)</i>	<i>Mujeres no vulnerables n=48 (%)</i>	<i>p</i>
Cáncer de mama	52 (56.5)	18 (37.5)	0.03
Cáncer de la matriz	14 (15.2)	6 (12.5)	0.6
Diabetes	10 (10.9)	10 (20.8)	0.1
Enfermedad coronaria	6 (6.5)	10 (20.8)	0.01
Violencia doméstica	4 (4.3)	—	0.1
Accidentes de tránsito	1 (1.1)	2 (4.2)	0.2
NS/NC	5 (4.4)	2 (4.2)	0.7

NS/NC: no sabe/no contesta

Entre las mujeres informadas sobre EC, las no vulnerables tienen más probabilidades de chequearse la presión (OR=4.71; IC 1.53-14.46; $p=0.006$) y hacer más cambios alimentarios (OR=8.90; IC 2.02-28.02; $p=0.001$) que las vulnerables. Las vulnerables informadas que sufrieron dolor de pecho tienen más probabilidades de no buscar atención médica que las no vulnerables (OR=11; IC 1.6-75.5; $p=0.01$) (cuadro IV).

Las mujeres se autocalifican por enfermar de EC (cuadro V): pese a referir que es insuficiente la información sobre cómo reducir el riesgo coronario; se autocalifican como “dejada”, “descuidada”, “ignorante”, sin que medien en sus narrativas referencias sobre la búsqueda de información. Elsa cuenta:

¡Por falta de conocimientos no me di cuenta!, ¡nunca me enfoqué en tratar de saber por qué tenía esa molestia!, por eso digo que ¡por tonta!, ¿no?... ¡nunca me puse a pensar!, ¡a investigar a qué se debía esa molestia!... (Elsa, 80 años; angina de pecho).

Para dos trabajadoras en el sector salud, la desinformación sobre riesgo coronario alude a la idea de que “supuestamente la EC es nomás para el hombre”.

Las entrevistadas narraron sobre sus experiencias de atención, expresando que las indicaciones médicas se centran en el uso de medicamentos y cambios conductuales de sus estilos de vida, pero también refieren la insuficiente información de parte de sus médicos sobre la enfermedad. Emma cuenta:

...dos años después de iniciar (con dolor), fui con el cardiólogo y me dijo: ¿sabía usted qué tiene angina de pecho? - ¡no doctor! Ni me habían avisado, ni me dijeron

nada, ¡todo nomás me lo daban así!... sino que en los papeles, ya cuando me los dieron, empecé a leer... ¡ah! -dije yo- ¡cuántas cosas tengo!... ¡ay, Diosito santo!, ¿pues qué es esto?... Y el cardiólogo nomás escribió... ¡escribe y escribe!... y dice: le voy a cambiar el medicamento... Fue todo lo que me dijo, siguió escribiendo y... ¡cuídese mucho!... (Emma, 55 años; angina de pecho).

La subestimación de síntomas y demora en la búsqueda de atención se relacionan con la desinformación sobre EC, con condiciones de vida y patrones de género que las hacen dejarse “al último” y posponer su atención ante necesidades como cuidar a “otros”, salvo que presenten un cuadro agudo (infarto cardiaco) que acelere la búsqueda de atención (cuadro V).

En medicina general, los médicos, excepto el más joven, consideran que las mujeres están informadas sobre cómo reducir el riesgo de EC, pues es un tema que abordan con frecuencia en la consulta médica; pero consideran que ellas no siguen sus consejos por su “cultura” o “educación” (cuadro V).

El personal de cardiología señaló que las mujeres con EC no tienen información sobre los riesgos cardiovasculares o sobre la enfermedad (cuadro V), pues consideran que ellas deben buscarla ya que tienen la “responsabilidad” de mantenerse saludables. Afirman que ellas se demoran en la búsqueda de atención médica y persiste la idea del infarto como una enfermedad masculina.

Reconocen que hay personal médico que confunde los cuadros de ansiedad con problemas cardíacos y subestima los malestares de las mujeres, por lo que los hombres tienen más posibilidades de ser diagnosticados. Dice José:

Cuadro II
PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS Y SUS CAUSAS EN MUJERES (“PONIÉNDOLE NOMBRE AL ESTRÉS”).
HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2013-DICIEMBRE DE 2014

<i>Factores de vulnerabilidad coronaria</i>	<i>Mujeres vulnerables n=92 (%)</i>	<i>Mujeres no vulnerables n=48 (%)</i>	<i>OR</i>	<i>IC95%</i>	<i>p</i>
Problemas económico/laborales					
Sí	55(59.78)	34(70.83)			
No	19(20.65)	13(20.08)			
Sí+No*	74(80.43)	47(97.92)	11.43	(1.48-88.5)	0.002
NS/NC†	19(20.65)	1(2.08)			
Problemas con la pareja					
Sí	49(53.26)	29(60.41)			
No	24(26.08)	18(37.50)			
Sí+No	73(79.35)	47(97.92)	12.23	(1.58-94.4)	0.001
NS/NC	19(20.65)	1(2.08)			
Necesidad de cumplir con todo					
Sí	43(46.73)	33(68.75)			
No	31(33.69)	14(29.16)			
Sí+No	74(80.43)	47(97.92)	11.43	(1.48-88.5)	0.002
NS/NC	18(19.57)	1(2.08)			
Falta de tiempo libre					
Sí	42(45.65)	38(79.16)			
No	32(34.78)	19(39.58)			
Sí+No	74(80.43)	47(97.92)	11.43	(1.48-88.5)	0.002
NS/NC	18(19.57)	1(2.08)			
Problemas con hijos					
Sí	47(51.08)	31(64.58)			
No	27(29.34)	16(33.33)			
Sí+No	74(80.43)	47(97.92)	11.42	(1.48-88.5)	0.002
NS/NC	18(19.57)	1(2.08)			
Problemas con padres					
Sí	43(46.73)	27(56.25)			
No	31(33.69)	20(41.66)			
Sí+No	74(80.43)	47(97.92)	11.42	(1.48-88.5)	0.002
NS/NC	18(19.57)	1(2.08)			

Los factores no son excluyentes entre sí.

* Se suman para hacer comparativos con la variable NS/NC

† NS/NC= no sabe/no contesta

... ¡sí hay diferencias!, la mujer cuando viene al médico y que trae molestias... ¡síntomas muy atípicos! o los refiere como muy atípicos y... cuando llega al médico... al cardiólogo, ya nos llegan referidos, ya con un dolor,

(entonces) uno jura ¡este hombre va a tener!, y en la mujer como que... ¡no es que crea menos! pero lleva... se manifiesta de diferente forma... ¡en la mujer es más atípica la enfermedad! La mujer menopáusica le llega al

Cuadro III
PRÁCTICAS DE CUIDADOS PARA MEJORAR LA SALUD, REALIZADAS POR MUJERES EN EL ÚLTIMO AÑO.
HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2013-DICIEMBRE DE 2014

Prácticas	Mujeres vulnerables n=92 (%)	Mujeres no vulnerables n=48 (%)	p
Ir a consulta médica	40 (43.5)	34 (70.8)	0.002
Checarse la presión sanguínea	18 (19.6)	18 (37.5)	0.02
Cambios en la alimentación	21 (22.8)	27 (56.3)	0.001

Cuadro IV
PRÁCTICAS DE CUIDADOS DE MUJERES CON Y SIN INFORMACIÓN DE RIESGO CORONARIO.
HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO, SEPTIEMBRE DE 2013-DICIEMBRE DE 2014

	No	Si	OR	IC95%	p
Actividades realizadas por mujeres informadas					
Checarse la presión sanguínea					
Vulnerables	33 (82.5)	7 (17.5)	4.71	(1.53-14.46)	0.006
No vulnerables	13 (50.0)	13 (50.0)			
Cambios en la alimentación					
Vulnerables	33 (82.5)	7 (17.5)	8.90	(2.02-28.02)	<0.001
No vulnerables	9 (34.6)	17 (65.4)			
Consulta médica					
Vulnerables	18 (17.5)	22 (55.0)	2.22	(0.76-6.45)	0.1
No vulnerables	7 (26.9)	19 (73.1)			
Búsqueda de atención sanitaria en mujeres con dolor de pecho					
Con y sin información de riesgo coronario					
Vulnerables	14 (48.3)	15 (51.7)	2.10	(0.53-8.39)	0.2
No vulnerables	4 (30.8)	9 (69.2)			
Con información de riesgo coronario					
Vulnerables	11 (73.3)	4 (26.7)	11.00	(1.60-75.50)	0.01
No vulnerables	2 (20.0)	8 (80.0)			

cardiólogo, al internista, al que sea y dice: ¡esta señora “no tiene nada! Y ahí la traen dando vueltas... (José 63 años, cardiólogo)

Incluso en otras entrevistas se expresa que este cuadro inespecífico puede ser “diagnosticado” como “histeria”, por lo que en los servicios médicos se utilizan siglas PVH (“pinche vieja histérica” (sic)), que denotan una práctica: la calificación despectiva de la mujer, su

estigmatización y naturalización social como histérica y la descalificación de sus síntomas por considerarlos fingidos.

Discusión

Los hallazgos muestran que no hay diferencias entre las mujeres vulnerables y no vulnerables sobre la desinformación de cómo reducir el riesgo de padecer EC

Cuadro V

LAS MIRADAS DE MUJERES CON ENFERMEDAD CORONARIA Y DEL PERSONAL MÉDICO, ACERCA DE ESTE PADECIMIENTO EN MUJERES. ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD A MUJERES CON ENFERMEDAD CORONARIA Y ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS A PERSONAL MÉDICO APLICADAS DE ENERO A DICIEMBRE DE 2014. HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO

Las mujeres

El personal médico

Información sobre EC

...hace muchos años le preguntaba al que era mi doctor si podía tener problemas del corazón, pero me decía que no... mucha de mi familia murió del corazón y yo estaba como con la idea de que yo me iba a morir del corazón... Pero entonces este doctor me decía que no tenía nada que ver y después de eso ¡se me olvidó! ¡se me olvidó!... (Elsa, 80 años, angina de pecho)

Información sobre EC

Pienso que las mujeres sí están informadas, la mayoría... yo creo que en un 80% están conscientes, porque la información se da, pero no la absorbe la gente por alguna razón, no sé si tenga mucho que ver la cultura ¿no?... (Luz, 48 años, médica general)

... hemos fallado mucho en informar adecuadamente a las mujeres de su riesgo de enfermarse del corazón y de morir del corazón... ese es un continuo... creo que a su vez está muy relacionado con que las enfermedades del corazón siempre se consideraron enfermedades del hombre... (Teresa, 46 años, cardióloga)

La mirada sobre la enfermedad coronaria

Me dice (el médico): abusada porque te puede dar un infarto- ¡nomás!, pero ¡no sé que me pueda suceder!, yo lo único que... cuando yo me siento, ¡que me pega dolor así!, como un tronido aquí así (se toca el pecho) y ¡ay diosito santo! —dije— ¿qué es esto? Y entonces lo que hago yo es estarme tranquila y sentarme (Emma, 55 años, angina de pecho)

La mirada médica sobre las mujeres

... la mujer por tiempos remotos ¿no?, ¡siempre!, a pesar de toda la educación que hay sigue siendo el género que más expuesta está a las inclemencias de las dietas, ¡a no cuidarse! a tener la idea de... siempre pasa ¿no?, en casa ¡los hijos!, ¡a olvidarse de lo demás!, no lleva una revisión periódica de su estado de salud como debería de ser ¿no?, ¡vienen a consulta cuando ya se sienten mal del corazón! o ¡llegan al servicio de urgencias cuando ya van peor (Hugo, 58 años, medicina general)

Prácticas de cuidados

...hay mucha pobreza y la mujer como siempre, está tratando de arropar a todos los que se le acercan y... ¿yo? ¡como quiera me aguanto! y... de repente ¡sí! ¡me dolía el brazo!... y ¡como que unas taquicardia muy fuertes! me desganzaba, pero no era seguidito... a lo mejor eso fue lo que... yo tuviera tanta ¿cómo dicen? ¡dejé! y también ¡pues sí! ¡tanto el trabajo a la mejor que! —dice uno— ¡hay despuesito, al cabo que!... (Gabriela, 62 años, angina de pecho)

...yo les digo que yo no sentí, ¡yo nunca sentí dolor!, yo no... lo registré... yo decía ¡me tengo que sentar!, porque sentía como que iba... ¡como que iba a azotar!, decía yo —¡no, no!—, es que aquí yo creo... me empecé a sentir como desganzada solamente... una hora (después) ya nomás dije —¿sabes qué, mi hijito?... que me chequen la presión. La médica intensivista me decía —¿dónde te duele?— o sea, ¡a fuerza quería que me doliera pues! —¿dónde te duele?— ¡es que no me duele nada! (Lorena, 56 años, infarto agudo al miocardio)

Los juicios de valor

... la mujer en las primeras etapas de su vida, antes de la menopausia, en ocasiones no se preocupa por su salud y a pesar de que ahorita estamos viendo gente que todavía no son menopáusicas y están enfermas del corazón, estas gentes en ningún momento nos mostraron que se hayan preocupado por su salud (José, 63 años, cardiólogo)

... siempre decimos: es histérica ¿eh?... y por allá cuando estamos en el hospital... ¡es un PVH! ¡no te creen!, ¡porque somos exageradas!, ¡porque creen que queremos llamar la atención!, nos dicen ¡histéricas! ¡no nos creen! ¡y al hombre sí!, ¡si está manifestando que tiene molestias ¡a él sí le creen! ¡a él sí le creen! (Lorena, 57 años, médica general)

y al relacionar la EC con hombres, como se reporta en otras investigaciones.^{24,25} Igual que en otros estudios, los cánceres femeninos se señalan con más frecuencia,^{7,24} pues las mujeres vulnerables visualizan menos la EC, no la identifican como un problema de salud que afecta a las mujeres y perciben el dolor de pecho como un problema emocional.

Las encuestadas identifican como causas de estrés en mujeres los problemas económico/laborales, el querer cumplir con todo y la falta de tiempo libre, elementos estresores específicos de género que influyen

en la percepción del riesgo y las prácticas.⁷ Las mujeres vulnerables no identificaron estos factores tanto como las no vulnerables, lo que implica limitaciones y fragilidad para reaccionar ante la vida (y la enfermedad).

Hay prácticas de cuidados diferenciales, pues las mujeres vulnerables tienen más probabilidades de no realizar actividades para mejorar su salud y buscar atención médica ante el dolor de pecho.

Las entrevistas a profundidad constatan la desinformación de las mujeres sobre la EC, la dificultad de identificar sus malestares y relacionarlos con EC, y la

demora en la búsqueda de atención. No contar con información pertinente postenfermedad las hace no entender su padecimiento, y esto, junto con sus condiciones de vida y patrones de género, afecta su autocuidado. Su socialización de género las hace inculparse por enfermar y no identificar los síntomas iniciales; esto se reproduce y se refuerza en el discurso médico al enfatizar en la responsabilidad individual de las mujeres, debido a la visión dominante en medicina de que "educando en salud las personas cambiarán".²⁶

El subregistro^{4,7,10} y las dificultades para reconocer que la EC "es también una enfermedad de la mujer"⁵ se evidencian en las entrevistas al personal médico, quien atribuye los retrasos en la atención a la responsabilidad individual de las mujeres y subestiman sus síntomas por lo "atípico" del cuadro clínico, anteponiendo un sesgo de género.⁸

Desde la perspectiva de género se comprende que hay múltiples factores que intervienen en las prácticas de cuidados que tienen las mujeres cuando enferman del corazón, relacionados con el poder y las desigualdades, con la edad, escolaridad, condiciones de vida y acceso a los servicios médicos. Las mujeres son un grupo heterogéneo diferenciado según la percepción de riesgo coronario, y según sus experiencias y prácticas con la enfermedad.^{7,8,11,20}

La información, naturaleza y gravedad de la EC influyen en las prácticas de cuidados; también los patrones de género que llevan a las mujeres a priorizar otras necesidades sobre las propias y postergar la búsqueda de atención.^{7,20,24} Comprenderlo así evita que la responsabilidad recaiga exclusivamente en las mujeres y se les culpabilice por ello.

La información sobre EC es necesaria, sin embargo, no ha sido suficiente para que las mujeres acudan inmediatamente a consulta al inicio de los síntomas o cambien sus estilos de vida, pues recibir información no implica su apropiación. Siempre habrá brechas entre lo que se sabe y lo que se hace, debido a las condiciones que hacen posible tomar acciones en salud y a los grados de libertad personales.^{7,26}

Analizar similitudes y diferencias en lo expresado entre las mujeres y el personal médico que las atiende contribuye a la comprensión de los significados de la EC y de las experiencias vividas por las mujeres.

Este estudio es pionero en México, pues incorpora la perspectiva de género y da voz a las mujeres y a sus médicos sobre un problema poco comprendido debido a que no ha sido visualizado desde este enfoque. La complementariedad de métodos permitió contextualizar el fenómeno de estudio, comprender significados de la EC y aportar conocimiento sobre este padecimiento. En este estudio se reconoce que generar datos mediante

métodos cuantitativos y cualitativos tiende a establecer generalizaciones excesivas; por lo tanto, se enfatiza en que la población de estudio, aunque diversificada, comprende un grupo de mujeres urbanas del noroeste de México, cuyos resultados no pueden generalizarse a toda la población femenina.

En México, la mayor visibilidad de los cánceres femeninos se debe a su amplia difusión en el sector salud, medios de comunicación y grupos de mujeres. De acuerdo con los resultados, se recomienda este tipo de campañas para abordar la EC en las mujeres, crear conciencia sobre este padecimiento y se amplíen procesos de empoderamiento con sensibilidad de género, tarea aún pendiente. Se considera que la EC en mujeres es una oportunidad para lograr innovaciones de género que reviertan desigualdades e inequidades en salud.

Agradecimientos

A Conacyt México, por la beca de doctorado; a El Colegio de Sonora, CIAS Sur, Lomas de Madrid y HGE; al Equipo de investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante; a José Fernández Saéz, por su apoyo técnico y asesoría estadística; a Michelle Celis Juárez, por la recolección de datos y asesoría estadística; y a todas las mujeres y al personal médico participantes.

Declaración de conflicto de intereses. Las autoras declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda del mañana. [monografía en internet]. Ginebra: OMS, 2009 [consultado el 22 de agosto de 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). Mujeres y hombres en México, 2012. [monografía en internet]. México: Inegi, 2012 [consultado el 10 de agosto de 2015]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf
3. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-La Torre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón J, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* 2013;55(6):580-594.
4. Ayanian J, Epstein A. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart diseases. *NEJM* 1991; 325:221-225. <http://doi.org/fjmjc2>
5. Healy B. The Yentl syndrome. *The New England Journal of Medicine* 1991;(7):274-275. <http://doi.org/dd8kk6>
6. Cortes-Bergoderi M, Thomas R, Albuquerque F, Batsis J, Burdiat G, Perez-Terzic C, et al. Validity of cardiovascular risk prediction models in Latin America and among Hispanics in the United States of America: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32(2):131-139. <http://doi.org/bfqw>
7. Tajer D, Fernández AM, Antonietti L, Salazar A, Chiodi A, Barrera MI, Juárez L. Barreras de género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimiento de profesionales de la salud y de usuarios/as pacientes. *Rev Arg de Salud Pub* 2014;5(2):14-23.

8. Ruiz MT, Verdú D. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004;18(1):118-125. <http://doi.org/c4c7p7>
9. Rohlfis I, García M, Gavalda L, Medrano M, Juvinyà D, Balstasar A, et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit* 2004;18 supl(2):55-64.
10. Pilote L, Karp I. Genesis praxy gender and sex determinants of cardiovascular disease: from bench to beyond-premature acute coronary syndrome. *Am Heart J* 2012;163:741-746. <http://doi.org/bfqx>
11. Emslie C, Hunt K, Graham W. Invisible women? The importance of gender in lay beliefs about heart problems. *Sociology of Health Illness* 2001;23(2):203-233. <http://doi.org/c7bw79>
12. Krieger N. Genders, sexes and health: What are the connections and why does it matter?. *Int J Epidemiol* 2003;32:652-657. <http://doi.org/cfxjtn>
13. Schiebinger L, Klinge I, Sánchez de Madariaga I, Schraudner M, Stefanick M. (Eds) (2011-2015). *Gendered innovations in Science, Health & Medicine, Engineering, and Environment, 2015* [consultado el 20 de abril de 2015]. Disponible en: <https://genderedinnovations.stanford.edu/case-studies/heart.html>
14. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. [monografía en internet]. Ginebra: OMS, 2002 [consultado el 22 de agosto de 2014] Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua
15. López-Arellano O. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. Ponencia presentada en el curso-taller OPS/OMS/CIESS "Legislación de salud: marco regulatorio para la extensión de la protección social en salud"; 7 de septiembre de 2004; México, DF.
16. Nichiata L, Bertolozzi M, Takahashi R, Fraccolli L. La utilización del concepto "vulnerabilidad" por enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2008;16(5) (stembro-outubro):1-7.
17. Esteban M. La salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva* 2006;2(1):9-20. <http://doi.org/bfqz>
18. Bonder G. Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En: *Género y epistemología: Mujeres y disciplina*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG). Chile: Universidad de Chile, 1998.
19. Murray R, Larry J. *Estadística* (4ª ed.) México: Mc Graw Hill, 2009.
20. Tajer D. *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
21. Rodríguez J. Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes [internet]. Serie Población y Desarrollo, Naciones Unidas, 2001 [consultado el 30 de marzo de 2016]. Disponible en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7150/S018659_es.pdf?sequence=1
22. Taylor J, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós, 1987:100-132.
23. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.
24. Mosca L, Mochari-Greenberger H, Dolor R, Newby K, Rob K. Twelve-year follow-up of american women's awareness of cardiovascular disease risk and barriers to hearth health. *Circ cardiovascular Qual Outcomes* 2010;32(2):120-127. <http://doi.org/dfzwpf>
25. Rolandi F, Grinfeld L, Sosa M, Tambussi A, Kazelian L, La Bruna M, et al. Encuesta de reconocimiento de la enfermedad cardiovascular en la mujer por la mujer. *Rev Argent de Cardiol* 2013;81:301-303. <http://doi.org/bfq2>
26. Herrera C. Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México. México: FLACSO México, UNAM, Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.